

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N° 530

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Moïse STEINER

Né le 14 mai 1910, à Dorohoi (Roumanie).

La Mortinatalité
et la Mortalité Infantile précoce
à la
Maternité de l'Hôpital St-Louis
(Années 1936 et 1937)

Président : M. LÉVY-SOLAL, Professeur.

PARIS
LIBRAIRIE LIPSCHUTZ
4, PLACE DE L'ODÉON

1938

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Moïse STEINER

Né le 14 mai 1910, à Dorohoi (Roumanie).

La Mortinatalité
et la Mortalité Infantile précoce
à la
Maternité de l'Hôpital St-Louis
(Années 1936 et 1937)

Président : M. LÉVY-SOLAL, Professeur.

PARIS
LIBRAIRIE LIPSCHUTZ
4, PLACE DE L'ODÉON

1938

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRÉ.
Pathologie médicale et générale	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	N...
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FISSINGER.
Clinique médicale	CHIRAY.
	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique d'Assistance médico-sociale	CROUZON.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	DOGNON Physique.
BARIETY Pathologie médicale.	FEY Urologie.
BENARD (Henri) Pathologie médicale.	FUNCK Pathologie chirurgicale.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BEZANÇON	GASTINEL Bactériologie.
(Justin) Hydrologie.	DE GAUDART D'ALLAINES. Patholo-
BOULIN Pathologie médicale.	gie chirurgicale.
BULLIARD ... Histologie.	GAYET Physiologie.
CATHALA Pathologie médicale.	DE GENNES .. Pathologie médicale.
CHEVALLIER.. Pathologie médicale.	GIROUD Histologie.
COSTE Pathologie médicale.	HAGU'ENAU... Pathologie médicale.



II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENÉGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.

MM.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE.. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophthalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SÉNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.

MM.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 PHILIBERT ... Bactériologie.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULÉ.
 CHABROL.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT.
 SÉZARY. } Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCC.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 MOURE.
 QUÉNU.
 SCHWARTZ.
 VELTER. } Clinique chirurgicale.

MM.
 ECALLE.
 METZGER. } Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 RUPPE Stomatologie.
 WEIL-HALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551431_0076

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

*Bien faible témoignage de mon profond
amour filial, de mon infinie reconnais-
sance pour son affection, son dévouement,
ses sacrifices.*

AUX MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEVY-SOLAL

Professeur de Clinique Obstétricale.
Accoucheur de l'Hôpital Saint-Antoine.

En hommage de notre respectueuse gratitude pour le très grand honneur qu'il nous a fait, en acceptant la présidence de cette thèse.

A NOTRE MAÎTRE, LE DOCTEUR LEMELAND

Accoucheur de l'Hôpital Saint-Louis.

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et nous a dirigé dans ce travail.*

*Hommage de notre profonde reconnais-
sance et de notre entier dévouement.*

A NOTRE JURY DE THÈSE

A NOS MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX
DE MONTPELLIER

A NOS MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX
DE PARIS

INTRODUCTION

Les enfants qui succombent pendant les trois derniers mois de la gestation et pendant le travail rentrent dans le cadre de ce que l'on est convenu d'appeler la mortinatalité. Ceux qui succombent dans les jours qui suivent l'accouchement rentrent dans le cadre de ce que l'on est convenu d'appeler la mortalité précoce des nouveaux-nés ou la mortalité infantile précoce.

L'étude de ces mortalités, de leurs principales causes, ainsi que des meilleurs moyens de les combattre a préoccupé accoucheurs et pédiatres depuis la fin du siècle dernier.

On s'est attaché d'abord à la protection de l'enfant après sa naissance. La puériculture fut pendant longtemps uniquement post-natale.

Pour combattre l'ignorance des mères, le Professeur BUDIN créa en 1892, à la Charité, la première consultation gratuite pour nourrissons, « véritable école des mères, grâce à laquelle on voit disparaître la gastro-entérite, on voit diminuer la mortalité infantile et on a des enfants plus forts qui résistent mieux aux maladies, parce que leur tube digestif n'a pas été altéré » ¹.

(1) *Prof. Budin.* — Les Consultations de nourrissons. Revue d'hygiène et de médecine infantile, t. IV, N° 2 et 3, 1905.

A peu près à la même époque HERGOTT de Nancy donne aussi des conseils aux mères de son service et VARIOT et DUFOUR, de Fécamp, créent les « gouttes de lait » où les femmes reçoivent pour leurs enfants du lait stérilisé et modifié dans des proportions déterminées.

Le Professeur BUDIN s'est attaché en outre à démontrer que les enfants prématurés et débiles pouvaient en grande majorité être sauvés si on les entourait de soins spéciaux. « Il faut les empêcher de se refroidir et savoir les alimenter dans des proportions nettement déterminées avec du lait de femme » ¹.

Les consultations des nourrissons et les gouttes de lait se sont répandues rapidement aussi bien en France qu'aux colonies et à l'étranger.

D'autre part, les nombreux travaux des Professeurs HUTINEL, MARFAN, NOBÉCOURT, et de leurs élèves ont mieux fait connaître aux praticiens la physiologie et la pathologie du nourrisson et ce mouvement n'a fait que continuer ultérieurement.

En dehors de l'éducation des mères et des médecins on s'est attaché depuis 1905 à l'idée de l'éducation des jeunes filles et des fillettes.

En 1921, Monsieur le Docteur DEVRAIGNE, a pu réaliser cette idée dans son service de la Charité. Enfin, le 5 mars 1923, parurent les décrets BÉRARD et STRAUSS, rendant officiel l'enseignement de la pué-

(1) *Prof. Budin.* — La ville de Paris et la mortalité infantile. Revue philanthropique, 10 février 1904.

culture dans les écoles de filles et de jeunes filles.

En ce qui concerne la puériculture anté-natale, c'est au Professeur PINARD que revient le mérite d'avoir attiré l'attention sur la nécessité d'une « hygiène vraie et scientifique de la gestation ».

En 1877, deux ans après que TARNIER a montré l'efficacité des huit jours de régime lacté absolu pour empêcher l'éclampsie d'éclater, Monsieur PINARD montra l'importance du palper méthodique qui permet de corriger des présentations vicieuses, sources de désastres lors de la naissance, lorsqu'elles sont ignorées.

Le 26 novembre 1895, à l'Académie de Médecine, le Professeur PINARD montre que sous l'influence du repos, la durée de la gestation est plus longue, le poids de l'enfant est plus considérable, son développement plus complet.

Sous l'influence de ces idées, des consultations permanentes ont été ouvertes auprès de toutes les maternités pour la surveillance des femmes au cours de leur gestation. Pendant longtemps, on se contenta d'y parer aux accidents possibles dûs à l'intoxication gravidique et aux bassins viciés.

En 1919, Monsieur le Professeur COUVELAIRE a repris la question, en insistant sur le rôle de la syphilis et en préconisant la création de centres de prophylaxie, tels qu'on en voit maintenant partout dans les maternités.

Mais, du fait de la négligence des mères, ces consultations n'ont pu donner les résultats espérés. En

1922, au congrès de la Protection Maternelle et Infantile, Monsieur le Docteur DEVRAIGNE, dans son rapport sur « Les consultations prénatales » montre que sur 100 femmes qui viennent à la maternité au dernier moment, 25 n'ont pas consulté auparavant.

Malgré tous ces efforts, le taux des mortalités fœtale et infantile reste encore assez élevé.

Une statistique récente¹ montre que sur mille naissances, il y a en France 36 morts-nés et que, d'autre part, 70 enfants sur mille meurent avant d'avoir atteint l'âge d'un an.

Les multiples statistiques publiées par les différentes maternités de Paris et de province, ont pour but de trouver, par une connaissance précise des causes, les meilleurs moyens de combattre ces mortalités.

Nous apportons une modeste contribution à l'étude de cet important problème en faisant l'analyse d'une statistique établie à la maternité de l'hôpital Saint-Louis, dans le service de notre maître, Monsieur le Docteur LEMELAND.

Notre travail comporte deux parties.

Dans une première partie, nous exposerons les différentes causes de mortalité fœtale et infantile à la maternité Saint-Louis pendant les années 1936 et 1937.

Dans la seconde partie nous discuterons les principales causes trouvées et nous essayerons de dégager ensuite les enseignements qui s'imposent.

(1) *Lesage et Moine*. — La mortalité infantile de zéro à un an. Communication à l'Académie de Médecine du 27 juillet 1937.

PREMIERE PARTIE

LA MORTALITE FŒTALE ET INFANTILE A LA MATERNITE DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS

Année 1936.

Il est né à la maternité Saint-Louis pendant cette année : 2212 *enfants*. Parmi ceux-ci nous avons relevé 129 *cas* de mort, pouvant être classifiés de la façon suivante :

— enfants morts pendant la gestation	13
— enfants morts pendant le travail à terme..	22
— enfants prématurés morts pendant le travail	19
— enfants à terme morts dans les jours qui ont suivi l'accouchement	23
— enfants prématurés morts après l'accouche- ment	52

A) Mortalité pendant la gestation.

Les enfants morts « in utéro » sont au nombre de 13, ce qui représente un pourcentage de :

10,07 % de la mortalité globale de l'année, et
0,58 % par rapport au nombre total de naissances.

Comme étiologie nous avons trouvé :

4 cas de syphilis certaine;

3 cas de syphilis probable;

3 cas de toxémie gravidique;

3 cas sont restés indéterminés; dans un de ces derniers cas, il y avait des antécédents de tuberculose probable de la mère; dans un autre cas, il y avait disproportion foeto-placentaire notable.

Nous avons classé comme syphilis certaines les cas dans lesquels nous avons trouvé, en général associés, les signes suivants :

a) Notion d'une contamination certaine d'un des procréateurs;

b) existence chez un des procréateurs d'une syphilis floride, cutanéomuqueuse en évolution;

c) réactions sérologiques positives.

Dans le cadre de la syphilis probable, nous ferons rentrer, au cours de notre statistique, les cas où nous avons constaté, associés le plus souvent, les signes suivants :

a) antécédents maternels suspects : polymortalité foetale, avortements, et accouchements prématurés multiples;

b) signes traduisant l'évolution pathologique de l'œuf dont est issu l'enfant décédé, tels que l'hydramnios et l'hypertrophie placentaire.

Sous le titre générique de « toxémie gravidique » nous rangerons tous les cas dans lesquels nous avons constaté un ou plusieurs signes se rattachant à ce syndrome : albuminurie, hypertension artérielle,

œdèmes, infarctus placentaires, apoplexie utéro-placentaire, eclampsie.

B) Mortalité pendant le travail.

Les enfants à terme morts pendant le travail sont au nombre de 22, ce qui représente :

17,05 % de la mortalité globale de l'année, et

0,99 du nombre total des naissances.

Comme causes de mort nous trouvons :

8 présentations du siège : dont 2 décomplétés; dans 4 de ces cas, on a dû procéder à une grande extraction, dans un autre cas, il y avait en outre : procidence du cordon.

4 malformations du bassin : dans un de ces cas, l'enfant a été extrait par une application de forceps à la partie moyenne de l'excavation; dans un autre cas on a dû pratiquer une basiotripsie après tentative infructueuse de forceps; dans un troisième cas l'enfant avait été extrait par version; dans le quatrième cas, il y avait en outre : présentation de l'épaule négligée et procidence du cordon.

3 applications de forceps : dont deux pour inertie utérine et fatigue maternelle et l'autre pour souffrance fœtale.

3 gros enfants : ayant souffert pendant le travail.

1 cas de syphilis certaine avec en outre : rupture précoce des membranes.

1 cas de syphilis probable.

1 cas de toxémie gravidique.

1 cas d'inertie utérine : après rupture prématurée des membranes.

Les prématurés morts pendant le travail sont au nombre de 19, soit une proportion de :

14,72 % du taux de mortalité globale de l'année, et 0,85 % par rapport au nombre total des naissances.

La grande majorité de ces enfants sont probablement morts par insuffisance de développement, étant inaptes à vivre. Pour trouver, par conséquent, la cause de la mort, nous avons cherché la cause de la prématuration. Nous avons diagnostiqué :

3 cas de syphilis certaine : dans un de ces cas l'enfant s'est présenté par le siège, et il y avait en outre procidence du cordon. Dans un autre cas on a pratiqué une version par manœuvres internes pour hydramnios et non engagement de la tête.

3 cas de syphilis probable, dont un avec hydramnios.

2 grossesses gémeillaires bi-vitellines; dans un de ces cas, l'enfant s'est présenté par le siège.

1 cas d'hématome rétro-placentaire : l'enfant ayant été extrait par césarienne.

2 cas de tuberculose probable de la même : dans un de ces cas il y avait eu procidence du cordon.

1 cas de placenta praevia : l'enfant ayant été extrait par césarienne.

7 cas dont la cause de prématurité est restée indéterminée : dans un de ces cas il y avait disproportion fœto-placentaire.

C) Mortalité infantile précoce.

Les enfants à terme décédés dans les jours qui ont suivi l'accouchement, durant leur séjour à la maternité, sont au moins de 23, soit un pourcentage de :

17,82 % du taux de mortalité globale de l'année, et
1,03 % par rapport au nombre total de naissances.

Comme causes de mort nous avons trouvé :

6 cas de gastro-entérite : deux de ces enfants avaient été extraits par forceps, un autre par césarienne pour présentation de l'épaule négligée, dans un autre cas, enfin, la mère était diabétique.

4 cas de broncho-pneumonie : un de ces enfants avait été extrait par forceps, un autre par césarienne pour fibrome utérin.

4 cas de syphilis certaine : un de ces enfants a présenté des troubles gastro-intestinaux, un autre avait été extrait par césarienne pour bassin rétréci.

3 cas de syphilis probable : un de ces enfants a présenté une cyanose brusque, le 2^e jour après sa naissance; dans un autre cas il s'agissait d'un hydrocéphale.

2 cas de malformations congénitales : dont un anencéphale.

1 cas de grossesse gemellaire univitelline.

1 cas d'hémorragie méningée : à la suite de l'accouchement dystocique d'un gros enfant.

1 cas d'infection amniotique.

1 cas indéterminé.

Les prématurés morts précocement sont au nombre de 52 : soit un pourcentage de :

40,31 % de la mortalité globale de l'année, et

2,30 % par rapport au chiffre total des naissances.

Comme étiologie de la prématuration nous avons trouvé :

10 cas de syphilis certaine : 2 de ces enfants ont présenté des troubles gastro-intestinaux, un enfant s'était présenté par le siège; un enfant est mort dans les jours ayant suivi une administration de B. C. G.

8 cas de syphilis probable : un de ces enfants a présenté un mœlena le 5^e jour après sa naissance, deux enfants sont morts de broncho-pneumonie, un enfant a présenté des troubles gastro-intestinaux.

8 grossesses gémellaires : dont une univitelline avec présentation du front; un autre enfant avait présenté des malformations multiples; dans un autre cas, enfin, la mère avait été atteinte d'une pyélonéphrite au cours de sa grossesse.

3 cas de toxémie gravidique : dont un accouchement provoqué à 6 mois pour crises d'éclampsie.

3 cas de placenta praevia : les 3 enfants avaient été extraits par césarienne, un de ces enfants a succombé à une broncho-pneumonie.

1 cas de tuberculose de la mère : l'enfant a succombé à la suite de l'administration de B. C. G.

1 cas d'endométrite probable.

1 cas de colibacillose maternelle.

1 cas de malformations fœtales multiples.

16 cas dont la cause de prématuration est restée .

indéterminée : dans 7 de ces cas il y avait disproportion fœto-placentaire, un enfant s'était présenté par le siège, un autre par l'épaule, et il y avait eu en outre procidence du cordon; 4 enfants ont présenté des troubles gastro-intestinaux, 2 ont succombé à des érysipèles.

Année 1937.

Sur un nombre total de 2248 *naissances*, nous avons relevé pendant cette année : 123 décès pouvant être groupés de la façon suivante :

- enfants morts pendant la gestation : 12.
- enfants à terme morts pendant le travail : 42.
- prématurés morts pendant le travail : 23.
- enfants à terme morts dans les jours qui ont suivi l'accouchement : 22.
- prématurés morts durant leur séjour à la maternité : 24.

A) Mortalité pendant la gestation.

Les enfants morts pendant la grossesse sont au nombre de 12, ce qui représente :

9,75 % de la mortalité globale de l'année et

0,53 % par rapport au nombre total de naissances.

Comme étiologie nous avons trouvé :

3 cas de *syphilis certaine*,

2 cas de *syphilis probable*,

2 cas de toxémie gravidique,

1 cas de tuberculose probable de la mère; il y avait en outre plusieurs circulaires serrées du cordon.

1 cas de malformations fœtales multiples,

3 cas indéterminés.

B) Mortalité pendant le Travail.

Les enfants à terme morts pendant la parturition sont au nombre de 42, soit une proportion de :

34,14 % du taux de mortalité globale de l'année et

1,86 % par rapport au nombre total de naissances.

Comme causes de mort nous avons trouvé :

8 présentations du siège décomplétés; dans un de ces cas on a pratiqué une grande extraction, dans deux autres cas il y avait plusieurs circulaires serrées du cordon.

4 applications de forceps : dont 2 pour non progression de la tête et 2 pour lenteur du travail et fatigue maternelle.

3 cas d'infection amniotique : deux de ces enfants ont été extraits par forceps.

3 présentations de l'épaule : dans un de ces cas l'enfant a été extrait par version, dans un autre cas on a dû pratiquer une embryotomie; dans le troisième cas l'enfant était hérédosyphilitique.

3 cas de placenta praevia : les 3 enfants ayant été extraits par césarienne.

3 malformations du bassin : dans 2 de ces cas, la

mère avait présenté de l'albuminurie, des œdèmes et il y avait en outre excès de liquide amniotique.

2 cas de toxémie gravidique : dans un de ces cas il y avait plusieurs nœuds serrés du cordon.

2 gros enfants : dans un de ces cas il y a eu rupture précoce des membranes et dystocie aux épaules; dans l'autre cas on a pratiqué une version par manœuvres internes suivie de décollation et crânioclasie.

2 cas d'inertie utérine,

2 cas de syphilis probable,

1 cas d'hydramnios avec rupture précoce des membranes, tentative de forceps suivie de basiotripsie.

1 cas d'hydrocéphalie.

1 cas de rigidité du col.

1 cas de procidence du cordon.

6 cas indéterminés dont un enfant débile.

Les prématurés morts pendant le travail ont été au nombre de 23, soit un pourcentage de :

18,63 % par rapport à la mortalité globale de l'année,

1,02 par rapport au chiffre total de naissances.

Comme causes de prématuration nous avons trouvé :

7 cas de toxémie gravidique, dont 3 hématomes rétro-placentaires dans un cas il y avait en outre plusieurs circulaires serrées du cordon.

5 cas de placenta praevia dont une grossesse gemellaire.

3 cas de syphilis certaine dans un de ces cas on a pratiqué une version par manoeuvres internes, dans un autre cas il s'agissait d'un anencéphale.

3 cas de syphilis probable : 2 de ces enfants s'étaient présentés par le siège.

5 cas dont la cause de la prématuration est restée indéterminée : dans deux de ces cas il y avait disproportion fœto-placentaire; un enfant s'était présenté par le siège.

C) Mortalité Infantile Précoce.

Les enfants à terme morts précocement ont été au nombre de 22, soit une proportion de :

17,88 % de la mortalité globale de l'année et

1,02 % par rapport au nombre total de naissances.

Comme causes de mort nous avons trouvé :

8 cas de gastro-entérite : dans un de ces cas il s'agissait d'un débile congénital, dans un autre cas, la mère avait présenté un abcès du sein.

4 cas de broncho-pneumonie : un de ces enfants avait été extrait par forceps.

3 cas de syphilis certaine : un de ces enfants a présenté une hémorragie ombilicale 24 heures après sa naissance; les 2 autres enfants étaient débiles congénitaux.

2 cas de syphilis probable.

2 cas d'hémorragie méningée : dont une présentation de la face, et une application de forceps.

1 cas de décès à la suite d'administration de B. C. G.

1 cas de pemphigus épidémique.

1 cas d'infection généralisée.

Les prématurés, morts précocement sont au nombre de 24, soit une proportion de :

19,51 % du taux de mortalité globale de l'année et

1,06 % par rapport au nombre total de naissances.

Comme causes de prématuration nous avons trouvé :

8 cas de syphilis probable : un de ces enfants avait été extrait par forceps, un autre a succombé à une broncho-pneumonie.

2 syphilis certaines : dans un de ces cas, la mère était en outre albuminurique.

3 grossesses gémellaires : un de ces enfant s'était présenté par le siège.

2 cas de toxémie gravidique : dont un enfant extrait par césarienne pour crises déclampsie.

1 cas de colibacillose : l'enfant extrait par forceps est mort le 16^e jour après sa naissance par troubles gastro-intestinaux.

8 cas dont la cause de prématuration n'a pu être déterminée dans 3 de ces cas il y avait disproportion fœto-placentaire; deux de ces enfants sont morts de broncho-pneumonie, un autre est mort à la suite d'une cyanose subite survenue le 3^e jour après sa naissance.

Si nous faisons maintenant le pourcentage par rapport au nombre total de naissances, nous obtenons pendant ces deux années les chiffres suivants :

Années	Mortalité globale	Mortalité pendant la gestion	Mortalité pendant le travail	Mortalité après l'accouchement
1936	5,83 %	0,58 %	1,85 %	3,39 %
1937	5,38 %	0,53 %	2,89 %	2,04 %
1936 + 1937	5,60 %	0,55 %	2,37 %	2,71 %

L'examen de ce tableau nous montre que :

— *la mortalité globale* est représentée par des chiffres presque égaux pour les deux années.

— *La mortalité pendant la gestation* a été sensiblement égale pour les deux années.

— *la mortalité pendant le travail* a été un peu plus forte en 1937.

— *la mortalité infantile précoce* a diminué en 1937.

Nous allons comparer maintenant nos chiffres avec ceux des deux autres statistiques que nous avons pu étudier :

— une statistique concernant les mortalités fœtale et infantile à la maternité Boucicaut de 1926 à 1929. (Docteur Triantofilopoulo, thèse Paris 1930).

— une autres statistique concernant les mortalités fœtale et infantile précoce à la maternité de la Croix Rousse de Lyon de 1927 à 1931 (D' A. Jacques, thèse Lyon 1933).

	Maternité St-Louis	Maternité Boucicaut	Maternité Croix- Rousse de Lyon
Mortalité globale..	5,6 %	5,7 %	4,3 %
Mortalité pendant la gestation	0,55 %	1,37 %	0,7 %
Mortalité pendant le travail	2,37 %	1,29 %	2,5 %
Mortalité infantile précoce	2,71 %	2,48 %	1,2 %

La lecture de ce tableau montre que :

— *la mortalité globale* est représentée par des chiffres presque égaux pour les maternités St-Louis et Boucicaut; elle a été légèrement plus faible à la maternité Croix-Rousse de Lyon.

— *la mortalité pendant la gestation* est presque égale pour les maternités St-Louis et Croix-Rousse; elle a été un peu plus forte à la maternité de Boucicaut.

— *la mortalité pendant le travail* est presque égale pour les maternités St-Louis et Croix-Rousse, elle a été plus faible à la maternité Boucicaut.

— *la mortalité infantile précoce* est presque égale pour les maternités St-Louis et Boucicaut, elle est inférieure pour la maternité Croix-Rousse de Lyon, mais ceci est dû probablement au fait que cette dernière statistique n'envisage strictement que la mortalité infantile pendant les 12 jours consécutifs à la naissance. Les 2 autres statistiques concernent la mortalité infantile pendant la durée du séjour à la maternité.

Nous voyons par conséquent que, d'une façon générale, nos chiffres sont assez voisins de ceux obtenus dans d'autres maternités.

— DEUXIEME PARTIE

ETUDE DES PRINCIPALES CAUSES DE MORTALITE FŒTALE ET INFANTILE

A) La prématuration et ses causes dans leurs rapports avec ces mortalités.

Le nombre des prématurés qui succombent soit pendant la parturition, soit dans les jours qui suivent l'accouchement est très important. Les différentes statistiques sont unanimes à cet égard.

A la maternité Saint-Louis nous avons trouvé sur un nombre total de 252 décès, 118 prématurés, morts pendant le travail ou après l'accouchement, soit une proportion de 47 % environ.

Une statistique sur la mortalité précoce des nouveaux-nés à la clinique Baudeloque ¹ montre que dans l'ensemble, les deux tiers des enfants qui meurent avant l'âge de 10 jours pèsent moins de 2.500 grs.

Dans la statistique de la maternité Boucicaut déjà citée, les prématurés figurent également dans une proportion de 41 % environ.

(1) *Couvelaire, Lereboullet et Lacomme*. Etude d'une statistique sur la mortalité précoce des nouveau-nés. Le Nourrisson, 1932.

Les causes de la prématuration peuvent avoir une action directe sur les fœtus par la transmission de tares pathologiques ou par la production de lésions placentaires gênant la circulation fœtale. Elles peuvent agir sur lui indirectement par le fait même de l'interruption de la grossesse avant terme. Suivant les cas, il peut s'agir, par conséquent, soit d'un enfant débile et en outre pathologique, soit d'un enfant sain mais insuffisamment développé.

Les traumatismes de passage suffisent souvent à tuer un enfant prématuré. Les vaisseaux sont très friables, les ecchymoses sont fréquentes et les lésions interstitielles des centres nerveux ne sont pas rares (WALLICH, COUVELAIRE). Il résiste encore plus rarement aux applications instrumentales ou aux manœuvres diverses, que peuvent nécessiter son extraction. Mais en général il succombe après sa naissance, son insuffisance de développement ne lui permettant pas de vivre. Les causes de prématuration sont, par conséquent, seules responsables dans la grande majorité des cas de la mort de ces enfants.

A la maternité Saint-Louis, nous avons eu à étudier 118 accouchements avant terme. Nous avons trouvé comme étiologie par ordre de fréquence :

La Syphilis dans 40 cas sur 118, soit une proportion de 34 % environ. Nous réservons à un chapitre spécial l'étude de l'action fœticide de la syphilis et de sa prophylaxie.

La toxémie gravidique : dans 13 cas sur 118, soit

une proportion de 11 % environ. Nous l'étudierons également dans un chapitre spécial.

La gémellité : dans 13 cas également.

Nous ne pouvons certainement, pas grand chose, devant une grossesse gémellaire qui se termine prématurément.

Il semble pourtant que certains résultats pourraient être obtenus par le repos de la mère à la fin de la grossesse.

A. BACHIMONT¹ a établi dans son travail l'influence du repos de la mère sur le poids des jumeaux :

Enfants des femmes qui se reposent :

poids moyen du 1^{er} enfant : 2.640 grs.

poids moyen du 2^e enfant : 2.580 grs.

Enfants de femmes qui ne se reposent pas :

poids moyen du 1^{er} enfant : 2.030 grs.

poids moyen du 2^e enfant : 2.026 grs.

L'insertion vicieuse du placenta : a été invoquée dans 9 cas sur 118, soit 7, 6 % des cas. Nous avons retenu seulement les cas où elle s'est manifestée par des hémorragies ou par la rupture prématurée des membranes.

Pour certains auteurs l'insertion basse du placenta ne déterminerait pas toujours l'accouchement prématuré et n'agirait que comme cause prédisposante; la fatigue, le surmenage, les traumatismes, jouant le rôle de cause occasionnelle.

(1) A. Bachimont. — De la puériculture intra-utérine au cours des grossesses gémellaires. Th. Paris, 1899.

AUBY¹ dans son travail, démontre que dans les cas d'insertion vicieuse du placenta les hémorragies, la rupture prématurée des membranes et par conséquent l'accouchement prématuré sont nettement plus fréquentes chez les femmes qui travaillent que chez celles qui observent le repos au cours de leur gestation.

Comme causes rares de prématuration, nous avons cité encore, au cours de notre statistique : 3 cas de Tuberculose maternelle probable, 2 cas de pyélonéphrite, un cas d'endométrite, un cas de malformations fœtales multiples.

Dans 36 cas, il nous a été impossible de déterminer la cause de la prématuration. A quoi attribuer ces accouchements prématurés sans cause apparente ? Les faits accumulés par les différents observateurs démontrent l'influence décisive du surmenage dans l'étiologie de la prématuration.

La loi formulée par le Prof. PINARD garde aujourd'hui toute sa valeur. « Le facteur qui abrège la durée de la vie intra-utérine, alors que la mère est exempte de toute maladie et que l'enfant issu de graine saine, se développe d'une façon normale c'est le surmenage ».

Les travaux du Professeur PINARD² et du Professeur COUVELAIRE³ ont montré avec une rigueur presque ma-

(1) *Auby*. — De l'influence de l'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur sur la grossesse et l'accouchement. Th. Paris, 1904.

(2) *Annales de Gynécologie*, 1900.

(3) *Annales de Gynécologie*, 1903.

thématique que le repos relatif de la femme enceinte a une influence capitale non seulement sur le terme de l'accouchement, mais aussi sur le développement du fœtus. Le poids de l'enfant dont la mère s'est reposée deux ou trois mois est supérieure d'au moins 345 grs au poids de l'enfant mis au monde par une femme ayant travaillé debout jusqu'à l'accouchement.

La prophylaxie de la prématuration comporte donc :

1°) *Une action d'ordre médical* ayant pour but de traiter préventivement les femmes malades et spécialement celles atteintes de syphilis et de toxémie gravidique.

2°) *Une action d'ordre social* ayant pour but d'assurer le repos pendant la gestation à toutes les femmes et spécialement à celles porteuses d'une anomalie obstétricale, capable de déclencher le travail prématurément.

Il reste à déterminer la durée de ce repos. Deux thèses sont en présence : celle de l'exclusion des femmes enceintes de l'usine, dont les protagonistes sont les Professeurs PINARD, RICHET et PRENANT entr'autres et qui a trouvé son expression dans le rapport de M. le Professeur LÉVY-SOLAL au congrès de Bruxelles¹; l'autre celle de la protection de la femme enceinte à l'usine dont les défenseurs sont : les prof. BAR, DOLÉRIS et dont le rapport du Prof. KEIFFER au même congrès est l'expression écrite.

(1) 1^{er} Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française.

C'est dans l'esprit de cette dernière thèse que les lois françaises qui concernent la protection de la femme enceinte, sont conçues, n'envisageant que le repos pendant le dernier mois de la grossesse.

Le repos ainsi limité est nettement insuffisant.

Les femmes enceintes sont également incommodées, elles sont également guettées par les accidents de la gestation, pendant toute la durée de celle-ci.

D'autre part, on risque, si on attend le début du neuvième mois, que juste à ce moment l'effet du surmenage se fasse sentir et que l'accouchement prématuré s'ensuive donc, au moment précis où les législateurs escomptaient faire de la puériculture intra-utérine en action.

Une protection plus ample de la femme enceinte, une réglementation plus complète du travail féminin, seraient des mesures sociales à envisager.

B) Syphilis et mortalité fœto-infantile.

« De toutes les infections susceptibles de frapper l'œuf humain pendant son évolution intra-utérine, la syphilis est en Europe la seule qui par sa fréquence et la gravité de ces conséquences immédiates et éloignées constitue un véritable danger social » ¹.

La syphilis interrompt la grossesse dans la grande majorité des cas, soit et surtout en tuant le fœtus

(1) *Prof. Lévy-Solal.* — La protection du fœtus et du nourrisson contre la syphilis. *Annales de l'Enfance*, 1926.

« in-utéro » soit en provoquant un accouchement prématuré. Cette interruption peut tenir soit aux lésions des annexes fœtaux : hémorragies, altérations du placenta; soit à l'infection et à l'intoxication du fœtus par le tréponème et ses toxines.

Dans les statistiques anciennes on relève qu'elle tuait le fœtus dans 60 % des cas et lorsque l'enfant survivait, il présentait des lésions dans 92 % des cas (FOURNIER).

Les statistiques plus récentes confirment l'action néfaste de la syphilis sur le fœtus.

A la maternité Saint-Louis, nous avons trouvé sur une mortalité globale de 252 enfants, 68 cas de mortalité par syphilis, soit une proportion de 27 % environ.

Dans la statistique de la maternité Boucicaut déjà citée, la mortalité par syphilis est également de 22 % environ.

Mais, pour apprécier toute l'importance de l'action destructive de la syphilis sur la descendance, il faudrait tenir compte de la mortinatalité syphilitique relative, c'est-à-dire des morts-nés tués par la syphilis par rapport aux enfants vivants issus de mères syphilitiques. Ainsi envisagée la syphilis non traitée donne d'après M. le Professeur COUVELAIRE les taux de mortinatalité suivants :

72 % pour la syphilis contractée pendant la gestation,

65 % pour la syphilis contractée avant la gestation,

29 % pour la syphilis ancienne ou héréditaire.

Mais la syphilis connue, dépistée, soignée, verrait-

elle son pronostic amélioré ? La thérapeutique spécifique bien comprise diminuerait-elle la mortalité par syphilis ?

Nous nous permettrons de rappeler à ce sujet une statistique publiée par M. le Professeur LÉVY SOLAL concernant la maternité Baudeloque :

« Nous avons examiné et retenu, écrit M. le Professeur LÉVY SOLAL, les fœtus de 256 femmes syphilitiques ayant au 530 gestations qui non traitées ont abouti à :

79 morts et macérés, soit 14 %.

137 avortements de plus de 4 mois, soit 26 %.

56 morts au cours de l'accouchement, soit 10 %.

Après traitement : 264 gestations donnent :

2 macérés soit : 0,74, p. 100.

4 morts nés soit, 1,50, p. 100.

On voit donc que le traitement anti-syphilitique diminue d'une façon notable la mortalité, puisque de 50 % qu'elle était avant le traitement, elle est descendue à 2,24 % après le traitement.

Il faut par conséquent, chez toute femme enceinte, tâcher de dépister une syphilis, si, elle existe, afin d'instituer un traitement immédiat. Elle est rarement avérée et comme l'a dit M. le Professeur COUVELAIRE¹ il faut surtout dépister les syphilis latentes sans aucune manifestation pathologique.

Les antécédents obstétricaux ont une grosse valeur : les fausses couches répétées, les accouchements pré-

(1) Couvelaire. — Création d'un dispensaire anti-syphilitique, Presse médicale, Juin 1921.

maturés constituent un tableau presque pathognomonique lorsque ces expulsions se font en séries régulières et à des époques de plus en plus tardives.

Les réactions sérologiques négatives ne doivent pas éliminer le diagnostic de syphilis. BAR et DAUNAY, qui avaient étudié¹ les résultats de la B. W. pendant la grossesse étaient arrivés à la conclusion que chez les femmes enceintes manifestement syphilitiques la proportion de réactions positives est plus faible qu'en dehors de la grossesse.

Avec les nouveaux procédés plus sensibles (HECHT, DESMOULIÈRES) les résultats diffèrent encore dans le même sens de ceux obtenus en dehors de la puerpéralité². Il semble donc, que souvent quand la réaction de Wassermann était positive avant la grossesse, elle s'atténue ou disparaît au cours de celle-ci, pour redevenir positive après les suites de couches.

En l'absence donc de réactions sérologiques positives ce sont : la polymortalité fœtale et infantile, l'hydramnios, le quotient fœto-placentaire, qui nous donneront les signes de présomption d'une syphilis.

Le traitement anti-syphilitique doit être précoce, poursuivi, intensif et de préférence arsénical (conférence de la syphilis héréditaire 1925).

Les consultations prénatales remplissent admirablement leur rôle, et il faudrait intensifier l'éducation des femmes, afin qu'elles consultent plus fréquemment au cours de leur grossesse.

(1) *Bar et Daunay*. — L'Obstétrique, 1909.

(2) *Jeannin et Ecalle*. — Pratique de l'art de l'accouchement, Tome II, 1928.

Ce n'est qu'ainsi qu'on pourra parvenir à diminuer, ou même à supprimer la mortalité fœtale et infantile par la syphilis.

C) Toxémie gravidique et mortalité fœto-infantile.

Le syndrome dit « toxémie gravidique », cause souvent la mort de l'enfant.

A la maternité Saint-Louis, nous lui avons attribué 22 cas sur une mortalité totale de 252, soit une proportion de 8,7 %.

Dans la statistique de la maternité Boucicaut déjà citée nous trouvons également un pourcentage de 8,9 %.

Ce syndrome, qui se manifeste surtout par : l'albuminurie, l'hypertension artérielle, les œdèmes, les vomissements graves et dont les plus hautes manifestations cliniques, sont : l'éclampsie et l'apoplexie utéro-placentaire, sont aussi redoutables pour les mères que pour les enfants. En effet, les enfants des mères ayant eu des convulsions éclamptiques pendant la gestation succombent très souvent au cours du travail; dans un tiers des cas, d'après une des plus récentes statistiques établie par REINBOURG à la clinique Baudeloque.

Des enfants des mères ayant présenté le syndrome d'apoplexie utéro-placentaire, il n'en n'est, pour ainsi dire, pas un qui puisse naître vivant.

La mortalité due à l'auto-intoxication gravidique

peut être évitée et combattue par une bonne surveillance de la gestation.

C'est une question de recherche précoce de l'albuminurie et de l'hypertension, une question de régime diététique sévère et prolongé, institué dès la première menace, qui permettra d'éviter l'éclosion des accidents et de sauver ces enfants.

Certes, les accidents graves : éclampsie, hémorragie rétro-placentaire, peuvent parfois apparaître brusquement, sans signes prémonitoires, revêtir d'emblée une allure grave et entraîner souvent la mort de l'enfant. Ces faits se voient malheureusement quelquefois, mais il n'est pas moins vrai que, dans la majorité des cas, l'examen complet de la femme au cours de sa grossesse, examen renouvelé assez régulièrement mettra sur la voie du diagnostic.

D) Les principales causes de mort pendant le travail.

La mortalité pendant le travail entre dans notre statistique dans la proportion de 42 % environ : 106 cas sur une mortalité globale de 252.

Les enfants à terme sont au nombre de 64, les prématurés au nombre de 42.

La mort des prématurés doit être attribuée, en grande partie à leur état de moindre résistance. Nous y avons insisté au chapitre de la prématuration.

En ce qui concerne les enfants à terme, les différentes causes de mortalité, peuvent être classifiées de la façon suivante :

1) *Causes obstétricales* : nous les avons invoqués dans 36 cas sur 64. Par ordre de fréquence nous avons trouvé : les présentations vicieuses, les malformations du bassin, les interventions obstétricales, les anomalies de la contraction utérine.

2) *Causes ovulaires et fœtales* : dans 16 cas sur 64. Par ordre de fréquence nous avons trouvé : l'excès de volume de l'enfant, les insertions vicieuses du placenta, l'infection amniotique, les procidences du cordon, l'hématome rétro-placentaire, l'hydramnios, l'hydrocéphalie.

3) *Causes maternelles* : dans 6 cas sur 64 : dont 4 cas de syphilis et 2 cas de toxémie gravidique.

4) *Causes indéterminées* : 6 cas sur 64.

Nous voyons par conséquent qu'au cours de la parturition, la mort des enfants à terme a été due surtout au traumatisme obstétrical et en premier lieu aux présentations vicieuses et aux malformations du bassin.

Dans une statistique sur la mortalité pendant le travail à la clinique Tarnier¹ les causes obstétricales se trouvent également invoquées dans 41,8 % des cas.

Dans la statistique de la maternité Croix Rousse de Lyon déjà citée, la mortalité par causes obstétricales est de 31,2 %.

Les présentations défavorables ou incompatibles avec l'accouchement peuvent le plus souvent être rec-

(1) *D^r Ionesco*. — La mortalité pendant le travail à la clinique Tarnier (1928-32). Travail pour le titre d'assistant étranger.

tifiées avant le travail si elles sont reconnues en temps utile. Les obstacles pelviens peuvent également être évités s'ils sont reconnus en temps opportun.

Nous ne sommes donc pas désarmés contre cette mortalité et nous devons invoquer de nouveau l'importance des consultations prénatales.

E) Les principales causes de la mortalité infantile précoce.

La mortalité précoce des nouveaux-nés entre dans notre statistique dans la proportion de 47 % environ; 121 enfants sur une mortalité globale de 252.

Les prématurés sont au nombre de 76, soit une proportion de 62 % du nombre des enfants morts précocément. Nous avons insisté au chapitre de la prématuration sur le fait que la plupart de ces enfants ne doivent leur mort qu'à leur développement insuffisant conditionné lui-même par des anomalies de l'évolution de l'œuf et souvent provoqué en outre, par le surmenage de la mère pendant la gestation.

En ce qui concerne les enfants à terme, leurs principales causes de mort peuvent être classifiées de la façon suivante :

1) *Causes anté-natales* : Nous les avons trouvées dans 15 cas sur 45, soit une proportion de 33 % environ, dont 12 cas de syphilis, 2 cas de malformations congénitales et une grossesse gémellaire.

2) *Causes post-natales* : elles ont été invoquées dans 24 cas sur 45. Nous trouvons parmi ceux-ci : 14 cas de gastro-entérite, et 8 cas de broncho-pneumonie.

3) *Les traumatismes obstétricaux* ont été invoqués dans 4 cas seulement.

Nous avons signalé au cours de notre statistique 3 cas de mortalité survenue dans les jours ayant suivi une administration de B. C. G.

L'examen de la courbe du poids des 124 enfants ayant reçu du B. C. G. à la maternité Saint-Louis pendant ces 2 années, a montré que dans une grande majorité des cas, il y avait eu, après l'administration des doses habituelles de B. C. G., une chute pondérale immédiate et assez importante. Ceci fait penser qu'il doit y avoir des précautions à prendre dans l'emploi de cette vaccination.

L'étude des causes de mortalité précoce nous a montré que la plupart des enfants morts durant leur séjour à la maternité étaient des prématurés. En outre, une partie des enfants à terme ont succombé à des causes ayant existé avant leur naissance.

Nous pouvons conclure par conséquent que la réalisation médico-sociale de la puériculture anté-natale aura une heureuse influence sur cette mortalité.

CONCLUSIONS

I) La statistique sur la mortinatalité et la mortalité infantile précoce à la maternité Saint-Louis pendant deux ans donne des chiffres assez voisins des chiffres moyens connus.

II) L'étude détaillée des cas, permet de dégager les causes principales et d'envisager les remèdes à y apporter.

III) Les principales causes sont :

a) *La prématurité*, conséquence surtout de la syphilis et souvent provoquée en outre par le surmenage de la mère pendant la gestation.

b) *Les traumatismes obstétricaux* : causant surtout la mortalité pendant le travail.

IV) Les remèdes doivent viser surtout le bon développement du produit de conception; ils seront d'ordre médical et d'ordre social.

V) *D'ordre médical* : ce sont les consultations prénatales avec l'examen obstétrical, l'examen et le traitement des états pathologiques de la mère. Cette méthode prophylactique n'a plus à faire ses preuves,

il faut la poursuivre avec rigueur et la développer le plus possible.

VI) *D'ordre social* : Il reste encore beaucoup à faire. Les lois sociales assurant le repos à la fin de la gestation ne constituent qu'un début. Une protection plus large de la femme enceinte, une réglementation plus étendue du travail féminin seraient des mesures sociales à envisager.

Vu : Le Président de Thèse,
LÉVY-SOLAL

Vu : Le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

